

תאריך: 22/08/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

מרכז ייעוץ וטיפול יום
14/10/2024

ד"ר מוזס אדם דניאל

טראומטולוגיה

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי
ת.ז.: 212925325	ת.ל.עבודה/נייד: 0535287080
ת.לידה: 15/03/2002	מ.י.נ: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919

מכתב שחרור

22/08/2023

תאריך:

שעת קבלה: 13:00

שעת שחרור: 13:12

סיבת הפניה:

יום טרם פנייתו ת/ד בקינמטיקה נמוכה כנוסעת רכב פרטי. מנגנון פגיעה קדמי, היתה חגורה, כריות אויר לא נפתחו. מלינה על כאב בצלעות בברך וזרוע ימין בבדיקה:

נושאת משקל
תבנית הליכה תקינה
שפשוף שטחי ע"פ חלקו מדיאלי של הזרוע
טווחים מלאים של הרפק בכל המישורים
המטומה סופרא פטלרית ע"פ הברך
ללא נפיחות או תפליט
מבצעת SLR מלא
יציבות שמורה

המלצות:
מדשכי כאבים
בדיקת רופא מבוגרים במוקד ע"ר חבלת חזה - ע"פ בקשת המטופלת
מנוחה ממאמצים
קומפרסים קרים על אזורים כאובים

אבחנות פעילות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
- ANEMIA (10/2021)

הפניות:

אחות: טיפול פצע/חבישה

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

ד"ר מוזס אדם דניאל

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב. את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה. מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

מכון דימות: חולון כתובת: הופיין 13 חולון טלפון: 03-5025252
פרטי רופא מפנה:
שם: רישבר סופיה
מ.ר: 33838
תאריך הבדיקה: 22/08/2023
תאריך הפיענוח: 22/08/2023

שם הנבדק: זרגרוב מי
ת.ז הנבדק: 212925325
כתובת הנבדק: משה לוי 7/77 רמלה 7227919
טלפון הנבדק: 053-5287080 טלפון נייד: 053-5287080

תשובת בדיקת דימות: 23572215

צילום חזה PA + LAT

סיבת ההפניה:

ת.ד.

ממצאים:

ציור ריאתי תקין. אין עדות לתסנין.
אין עדות לתפליט פלויירלי.
אין עדות להרחבת המדיאסטינום והשערים.
צל הלב בגדר הנורמה.
הסרעפת בעמדה תקינה.

סיכום:

ללא ממצא חבלתי.

צלעות יותר מ- 1 צלום

סיבת ההפניה:

ת.ד.

ממצאים:

צ. צלעות מימין

=====

אין לראות שבר בצלעות.

ברכה

דר רודולף רפפורט

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 32826

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

תאריך: 22/08/2023

מ.ר גורם מפנה



0317424000



033838

קוד הפניה: 339169160



מכבי שירותי בריאות

מרכז ייעוץ וטיפול יום

14/10/2024

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025259

כתובת: הופיין 13, חולון

ד"ר רישבר סופיה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי	ת.ז.: 212925325
ת.לידה: 15/03/2002	מין: נ	טלפון: 0535287080	טל.עבודה/נייד: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

מכון רנטגן - מרכז טיפול יום

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
1020	חזה 2 צילומים
1110	צילום צלעות ב - 2 תנוחות

שאלה למבצע הבדיקה: ממצאים?

דחיפות הפענוח: דחוף

תלונות: בת 21, מניקה.
אתמול הייתה מאורבת בתאונת דרכים.

ממצאים: מצב כללי טוב
קולות הלב סדירים. ראות - נשימה בועית.
רגישות מעל צלעות תחתונות מימין.

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT

בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
- ANEMIA (10/2021)

מעש/ת : לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/08/2023 עד תאריך - 18/02/2024

22/08/2023

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים

(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

200007

העתק טופס
14/10/2024

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: זרגרוב נוי

ת"ד: 212925325

גיל: 21 שנים ו- 5 חודשים

טלפון: 0535287080, 0535287080

ת"ז

0212925325

מין: נ

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר רישבר סופיה

מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

מס ביקור

000249485227

פקס: 03-5025259

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 22/08/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
oral drops dipyrone 500 mg/ml * OPTALGIN NEW, DIPYRAZ, V-DALGIN 10ML	לבליעה 40 טיפות 3 פעמים ביום לפי הצורך	5 ימים					22/08/2023-12/09/2023	כמות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 22/08/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

מרכז ייעוץ וטיפול יום

14/10/2024

ד"ר רישבר סופיה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025259

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: נוי		ת.ז.: 212925325	
ת.לידה: 15/03/2002		מין: נ		טלפון: 0535287080		טל.עבודה/נייד: 0535287080	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מכתב שחרור

22/08/2023

תאריך:

שעת קבלה: 13:15

שעת שחרור: 14:34

סיבת הפניה:

בת 21, מניקה.
אתמול הייתה מאורבת בתאונת דרכים.
תלונות על צלעות תחתונות מימין, ברך מזרוע מימין.
נבדקה ע"י טראומטולוג. לאחר חבלת צלעות הופנתה לבדיקת רופא פנימאי במוקד.

אבחנות פעילות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
- ANEMIA (10/2021)

ממצאים:

מצב כללי טוב
קולות הלב סדירים. ראות - נשימה בועית.
רגישות מעל צלעות תחתונות מימין.
בצילום - ללא עדות לשבר בצלעות.

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
22/08/2023	13:25	לחץ דם	96/64
22/08/2023	13:25	דופק	60
22/08/2023	13:26	אומדן נשימה	סטורציה: 98 מס. נשימות בדקה:

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
22/08/2023	13:25	אומדן כאב	עוצמה: 7	
22/08/2023	13:25	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		

הפניות:

מכון רנטגן: חזה 2 צילומים, צילום צלעות ב - 2 תנחות

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT

תאריך: 22/08/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
מרכז ייעוץ וטיפול יום
14/10/2024

ד"ר רישבר סופיה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252
פקס: 03-5025259
כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: נוי		ת.ז.: 212925325	
ת.לידה: 15/03/2002		מין: נ		טלפון: 0535287080		טל.עבודה/נייד: 0535287080	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מכתב שחרור

טיפולים והמלצות:

המשך מעקב של רופא המטפל.
טיפול נגד כאבים לפי הצורך.
במידה ומצב יחמיר; נא לפנות לקבלת עזרה רפואית במסגרת מוקד מכבי/מיון ביה"ח.

תרופות שניתנו:

{ (למשך 5 ימים) 3 X 40 - OPTALGIN NEW 500MG/ML }

ד"ר רישבר סופיה

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

04/09/2023 12:01:45

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 21.5 מספר ביקור: 00250654983

שם רופא/ה: ד"ר רוזנבלום עומר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 15:26:34 לאחר ת.ד ב 22.08 נבדקה במוקד עי אורטופד ועי פנימאית חבלה בצלעות בצילום ללא שבר כאבי צוואר גב , מרפק. מניקה. ללא כאב ראש / הקאות/ טשטוש ראייה.

בביקור בתאריך 04/09/2023 בשעה 12:01:45 כאב צווארי לא הצליחה לקבוע לפיזיו. גב תחתון . ללא כאב ראש . הודפסו דפי תרגילים לצוואר.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 04/09/2023 בשעה 12:01:45

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
WHIPLASH INJURY			

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2116200

פרטי רופא

מס ביקור



000249893983

פקס: 073-2132603

שם רופא:

ד"ר רוזנבלום עומר

מומחיות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון:

08-6325158

פרטי מטופל

ת"ז



0212925325

מין: נ

שם מטופל:

זרגרוב נוי

ת"ד:

212925325

גיל:

21 שנים ו- 5 חודשים

טלפון:

0535287080, 0535287080

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 27/08/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
cap. ibuprofen 400 mg * IBUFEN, ADEX FORTE, NUROFEN FORTE	לבליעה 1 כמוסה 3 פעמים ביום לפי הצורך * עם או אחרי אוכל	4 ימים					27/08/2023-17/09/2023	- כמות לניפוק: 50 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %
tab. paracetamol 500 mg * DEXAMOL, ACAMOL, ACAMOL_CAPLETS	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום לפי הצורך	3 ימים					27/08/2023-17/09/2023	- כמות לניפוק: 20 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 27/08/2023

מ.ר גורם מפנה



131526

קוד הפניה: 339777925



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
14/10/2024

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי	ת.ז.: 212925325
ת.לידה: 15/03/2002	מין: נ	טלפון: 0535287080	טל.עבודה/נייד: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

התייעצות מומחה

- במכבי

פיזיותרפיה

תחום שירות:

לאחר ת.ד ב 22.08 נבדקה במוקד עי אורטופד ועי פנימאית
חבלה בצלעות בצילום ללא שבר
כאבי צוואר גב, מרפק.
מניקה.
ללא כאב ראש / הקאות/ טשטוש ראייה.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

מעשנת: לא

• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
• ANEMIA (10/2021)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: צליפ תהשוט

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/08/2023 עד תאריך - 23/02/2024

27/08/2023

חתימה וחותמת

תאריך

ת"ז

שם מטופל: זרגרוב נוי

ת"ד: 212925325

גיל: 21 שנים ו- 6 חודשים

טלפון: 0535287080 ,0535287080

מין: נ

0212925325

מס ביקור

שם רופא: ד"ר פרץ אייל

מומחיות: מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 08-9387100

000251513435

פקס: 073-2132676

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 12/09/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
sol. bifonazole 10 mg * AGISPOR	למריחה 2 פעמים ביום לפי הצורך	30 ימים					12/09/2023-03/10/2023	כמות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %
crm. clotrimazole 10 mg/g betamethasone (dipropionate) 0.5 mg/g gentamicin (sulphate) 1 mg/g * TRIDERM CR	למריחה 2 פעמים ביום בתי שחי	5 ימים	.1		.1		12/09/2023-03/10/2023	כמות לניפוק: 1 OP ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

פרטי רופא

מס ביקור



000253770264

שם רופא: ד"ר רוזנבלום עומר

מומחיות: מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

פרטי מטופל

ת"ז



0212925325

שם מטופל: זרגרוב נוי

ת"ד: 212925325

גיל: 21 שנים ו-7 חודשים

טלפון: 0535287080, 0535287080

מין: נ

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 09/10/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
* CALMANERVIN	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום לפי הצורך	21 ימים					09/10/2023-23/10/2023	- כמות לניפוק: 60 יחידות לא בפנקס התרופות של מכבי. על חשבון החבר בלבד

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

טלפון: 08-9274111
פקס: 073-2284405
כתובת: שפירא חיים משה 31, לוד

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי	ת.ז.: 212925325
ת.לדה: 15/03/2002	מין: נ	טלפון: 0535287080	טל.עבודה/נייד: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' ד"ר רוזנבלום עומר
מ/ת זרגרוב נוי
הפונה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY Acute •
מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופלת תרים את בנה מהרצפה ללא כאב			20/11/2023
המטופלת תעשה פעילות גופנית מאומצת			20/11/2023

טופל החל מ- 20/11/2023

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מידה תפקודית (בטווח של 0-100)	54	68
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	0
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-	THERAPEUTIC EXERCISE	בטיפולים שכללו:
Modalities-	MODALITY HEAT PACK	
Administrative and Others-	EVALUATION INITIAL	
Specific Education Techniques-	EDU SELF EXERCISE EDUCATION TECHNIQUES	

סה"כ 5 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט
יכולת חזרה לפעילות: כן
השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן
מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
הערות: התמדה בתרגול עצמי-מרובה
ניתן הסבר על המשך תרגול לאחר סיום טיפול, הורדה תרגול בהדרגה
ושמירה על מינימום תרגול של פעם בשבוע.

טלפון: 08-9274111
פקס: 073-2284405
כתובת: שפירא חיים משה 31, לוד

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי
ת.ז.: 212925325	ת.ז.: 0535287080
ת.לידה: 15/03/2002	טלפון: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919

המשך השתתפות בפעילות גופנית סדירה.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: שפיץ פיזיותרפיה שם המכון: לוד מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

082570

העתק טופס
14/10/2024

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: זרגורב נוי

ת"ד: 212925325

גיל: 21 שנים ו- 11 חודשים

טלפון: 0535287080 ,0535287080

ת"ז

0212925325

מין: נ

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר קרבץ אנדרי

מומחיות: מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9275858

מס ביקור

000266456416

פקס: 073-2132673

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 09/02/2024 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
ear drops dexamethasone 1 mg/ml neomycin sulph 5 mg/ml polymyxin sulph. 10000 iu/ml * DESO CARE, DESOREN, DEX-OTIC	לטפטף באוזן 2 טיפות 3 פעמים ביום בשתי אוזניים	5 ימים	2 טיפות	2 טיפות	2 טיפות		09/02/2024-01/03/2024	כמות לניפוק: OP 1 - השתתפות עצמית: 10 % **

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

הפנית רופא מכבי

גורם מפנה: ד"ר רוזנבלום עומר

אבחנות רופא:

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
WHIPLASH INJURY	Ac		

ציון תפקודי FHS: 54 תאריך עדכון הציון: 20/11/2023 ציון תפקודי מנובא: 69
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 4 תאריך עדכון הציון: 20/11/2023
פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 47 תאריך עדכון הציון: 20/11/2023

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	20/11/2023	WHIPLASH INJURY
לא	20/11/2023	LOW BACK PAIN

מס' ביקורים שבוצעו: 5 מס' טיפולים שבוצעו: 14

גליון ביקור-פיזיו 20/11/2023 12:18:02

פרטי סדרה

מס' סדרה: 1 מס' ביקור: 5 תחילת הטיפול: 20/11/2023 תאריך עדכון: 08/01/2024
שם פיזיותרפיסט: שפיץ פיאר אוראל מיטל שם מכון: לוד מכון פיזיותרפיה
סיבת הפנייה: כללית/אורטופדית
גורם משלם: 5 תאונת דרכים
הפנית רופא מכבי
גורם מפנה: ד"ר רוזנבלום עומר
מצב הסדרה: סגורה

הפניה

סוג ייעוץ: רגיל
תאריך הפניה: 08/01/2024
שם רופא מפנה: ד"ר רוזנבלום עומר
מטרת ההפניה: תשובה יזומה

תשובת היועץ

תאריך רישום: 08/01/2024
תאריך הפניה: 08/01/2024
שם יועץ: שפיץ פיזיולוג אוראל מיטל
תחום: פיזיותרפיה
תאריך ייעוץ: 08/01/2024

הופנה לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY Acute
בוצעה סדרה באורך 5 ביקורים מתאריך 20/11/2023 עד תאריך 08/01/2024.
במהלכה טופל באמצעות: תרגול רפואי, מכשור חשמלי, הדרכה.
הסדרה הסתיימה ביוזמת פיזיותרפיסט.
מטרות הטיפול שהוגדרו: המטופלת תרים את בנה מהרצפה ללא כאב, המטופלת תעשה פעילות גופנית מאומצת 14/20 ללא הגבלה הושגו במלואן.
מידת הגעה לטיפול במידה מרובה ושיתוף פעולה בטיפול במידה מרובה
הערות: ניתן הסבר על המשך תרגול לאחר סיום טיפול, הורדה תרגול בהדרגה ושמירה על מינימום תרגול של פעם בשבוע.
המשך השתתפות בפעילות גופנית סדירה..

קבלת תשובה

קריאת תשובה בתאריך: 08/02/2024

גיליון קבלה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 1

משך הבעיה:

הודפס בתאריך: 14/10/2024 17:32
הודפס ע"י: הדפסת תיקים_אונליין

הדפסת תיק מטופל
זרגרוב נוי, ת.ז.: 212925325; גיל: 22.6

בעיה תת חריפה -בין 3 שבועות ל- 3 חודשים

הסטוריה:

נוי בת 21 ילדה לפני כחצי שנה , בחופשת לידה. ישבה ברכב מאחורה והרכב התנגש מקדימה ומצד שמאל. הנהג 'בעלה' והילד איתה מאחור. לא נפתחו כריות אוויר, והרכב עבר תיקון קל. לא פנו לביהח, נבדקו עי מדא. שטף דם ביד ימין בזרוע הפנימית, כאב בצלע ימין וטופלה תרופתית. הדמיה- אין שברים בצלעות. כיום כאב בצוואר התחתון מצד ימין, גב תחתון כואב, וכאב בנשימה עמוקה בצלע ובגב. תפקוד- כאבים בהרמה של הילד, כאבים בהכופפות, כאבים פנימיים באזור הצלע ובגו. לא טיפלה בכאבים עצמאית.

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			
ב48 שעות אחרונות			

כללי

סוג הפעילות במהלך היום: משולב

פירוט: מטפלת בילד

פעילות גופנית: לא

דגלים אדומים:

דגל אדום	כן	לא	לא רלוונטי
היסטוריה של סרטן		X	
ירידה לא מתוכננת במשקל		X	
כאבי לילה		X	
חום/צמרמורות/הזעה לילית		X	
קושי בשליטה על סוגרים		X	
פרסטזיות אוכף		X	
קושי בבליעה		X	
טינטון		X	
הפרעות ראייה		X	
סחרחורות	X		
התעלפויות		X	

הערות: סחרחורת- לאור אנמיה, בטיפול.

22/08/2023 13:03:13 רישום ביקור אורטופד

גיל: 21.5

שם רופא/ה: ד"ר מוזס אדם דניאל
תחום הטיפול: טראומטולוגיה מרכז טיפול יום

מספר ביקור: 0249482106

תלונות: יום טרם פנייתה ת/ד בקינמטיקה נמוכה כנוסעת רכב פרטי. מנגנון פגיעה קדמי, היתה חגורה, כריות אויר לא נפתחו. מלינה על כאב בצלעות בברך וזרוע ימין בבדיקה:

נושאת משקל
תבנית הליכה תקינה
שפשוף שטחי ע"פ חלקו מדיאלי של הזרוע
טווחים מלאים של הרפק בכל המישורים
המטומה סופרא פטלרית ע"פ הברך
ללא נפיחות או תפליט
מבצעת SLR מלא
יציבות שמורה

המלצות:
מדשכי כאבים
בדיקת רופא מבוגרים במוקד ע"ר חבלת חזה - ע"פ בקשת המטופלת
מנוחה ממאמצים
קומפרסים קרים על אזורים כאובים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

הערות	בדיקות/הפניות
18/02/2024 - בתוקף עד	אחות: טיפול פצע/חבישה

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
מכתב שחרור	C00033		

מוזמן למעקב:
☒ אין צורך במעקב לביקור זה
מכתב שחרור ק